

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

458

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Max DORDAIN

Né le 31 août 1903, à Rouen

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE AIGU
TRANS-DIAPHRAGMATIQUE

Président : M. LEJARS, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}. ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153528_0139

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Max DORDAIN

Né le 31 août 1903, à Rouen

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE AIGU
TRANS-DIAPHRAGMATIQUE

Président : M. LEJARS, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}. ÉDITEURS

10, RUE RACINE, 15

1929

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques'.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeurs sans chaire.	{ BRANCA.
	{ MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROCC Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . Anatomie pathologique.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LIAN. . . . Pathologie médicale.
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU. . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale!
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . Anatomie pathologique
 OLIVIER. . . Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET. . . . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTERI . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUÉNIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.
 RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . . Physiologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LE LORIER, . Clinique Obstétricale.

MM.

LERI. Clinique médicale.
MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
PROUST. . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY. Stomatologie.
CHAILLEY-BERT. Education physique.
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ. Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

A MES TANTES

A MA FIANCÉE

*En témoignage de ma tendre
affection.*

MEIS ET AMICIS

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE ROUEN

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNE
Professeur de Clinique chirurgicale

*Son remarquable enseignement,
malheureusement trop tôt inter-
rompu restera gravé dans notre
mémoire.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARTIN
Professeur de Clinique Obstétricale

MONSIEUR LE DOCTEUR LOISEL
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR CAUCHOIS
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR P. CERNÉ
Chirurgien des Hôpitaux

*Nous avons eu l'honneur d'être
leur interne.*

*Nous les prions d'accepter nos
biens vifs remerciements pour les
conseils éclairés qu'ils nous ont
prodigués.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VALLÉE

Chirurgien des Hôpitaux

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR BRUNON

Directeur honoraire de l'Ecole de Médecine

*Qui ont guidé nos premiers pas
dans la Médecine.*

*En reconnaissance de l'aimable
accueil qu'ils nous ont réservé.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LONGUET

Chirurgien honoraire des Hôpitaux

*Ses conférences nous furent pré-
cieuses.*

*Qu'il veuille bien accepter nos
vifs et respectueux remerciements.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Respectueux hommage de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

AVANT-PROPOS

Nous avons relaté dans ces pages un aperçu sur la question de l'étranglement herniaire aigu trans-diaphragmatique à propos de quatre observations inédites.

Ce travail est une très modeste contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques en général, faite magistralement par J. Quénu dans sa thèse en 1920.

(Nous tenons à remercier tout spécialement M. le Docteur Petit, chirurgien des Hôpitaux de Rouen, Messieurs les Docteurs Née et Cauchois, médecins des Hôpitaux de Rouen, qui ont bien voulu nous communiquer leurs observations.)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE
L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE AIGU
TRANS-DIAPHRAGMATIQUE

INTRODUCTION

Nous ne parlerons pas des hernies intercostales ni des hernies viscérales du thorax dans l'abdomen.

Rappelons qu'il existe trois catégories de hernies diaphragmatiques (Desprès) :

Les hernies congénitales causées par des anomalies dans le développement du diaphragme, soit au stade embryonnaire, soit au stade fœtal.

Les hernies traumatiques, consécutives à une plaie ou une déchirure du diaphragme.

Les hernies graduelles ou acquises consécutives à des efforts répétés, s'établissant grâce à une anomalie anatomique congénitale, en somme intermédiaire aux deux autres.

PATHOGÉNIE

On peut envisager l'étude de la pathogénie de l'étranglement d'après le temps qui sépare l'établissement de la hernie de son étranglement :

Où l'étranglement est immédiat c'est le cas de nombre de hernies traumatiques de l'adulte (et sans doute aussi de certaines hernies congénitales lors de la naissance).

L'aspiration thoracique jointe à la poussée abdominale détermine la hernie, et l'étranglement s'établit d'emblée.

Où l'étranglement est plus ou moins tardif.

Pour Ch. Weiss, les accidents se produiront rapidement si la rupture est de petites dimensions, tardivement si la rupture est large.

Ce peut être un effort violent, ou un excès de réplétion du viscère qui détermine les accidents (c'est le cas habituel des hernies diaphragmatiques étranglées congénitales ou acquises).

Mais il peut ne pas y avoir de cause apparente. L'installation de ces accidents peut être grandement favorisée, surtout pour les hernies traumatiques anciennes, par l'existence de lésions chroniques inflammatoires de l'anneau, du contenu herniaire ou du pseudo-sac. Le mécanisme est « la torsion quand

l'anneau est large et l'anse herniée longue, l'étranglement quand la brèche est étroite » (Sabrazès et Prade).

La cause de l'étranglement, en dernier ressort, sera constituée par la striction des organes au niveau de l'orifice herniaire, ou encore par une torsion, un volvulus ou une bride.

ÉTIOLOGIE

Les modalités étiologiques seront les mêmes naturellement que pour la hernie diaphragmatique, c'est dire que l'étranglement, tout en restant une affection rare, se voit plus souvent depuis la guerre qui a accru notablement la fréquence des hernies diaphragmatiques.

Quénu dans sa thèse dénombre sur 52 cas de hernies diaphragmatiques étranglées opérées :

30 cas de hernies traumatiques ;

9 cas de hernies congénitales méconnues ;

3 cas de hernies acquises.

Sur les 17 cas que nous avons relevés nous constatons :

11 cas de hernies traumatiques ;

4 cas de hernies congénitales ;

2 cas de hernies acquises.

Pour cette raison, l'étranglement sera constaté la plupart du temps dans des cas de hernies traumatiques.

C'est donc une affection de l'adulte masculin surtout, qu'on rencontrera chez les sujets exposés par leur profession à des efforts violents ou des traumatismes.

C'est une complication fréquente de toute hernie

diaphragmatique, qui peut se produire aussitôt après celle-ci ou des mois ou des années après ; qui peut aussi être le premier signe qui en révèle l'existence.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les hernies diaphragmatiques étranglées sont constatées le plus souvent dans la plèvre gauche, beaucoup plus rarement dans la plèvre droite, le médiastin.

La hernie étranglée dans le péricarde est rarissime (c'est le cas de l'observation n° 1 : une anse du côlon transverse et une frange épiploïque sont incluses et étranglées dans le péricarde).

Comme dans tout étranglement herniaire il faut considérer l'état de l'anneau, du sac, de son contenu, et des organes voisins.

L'anneau. — En général unique (double dans l'observation n° 3) son diamètre peut aller de celui d'un louis à celui d'une paume ou plus.

Il est de forme arrondie ou ovalaire, parfois en croissant dans les hernies congénitales du trou de Bochdalek.

Les bords sont lisses et réguliers si la hernie est congénitale, irréguliers si elle est traumatique, épaissis, scléreux si elle est ancienne.

Il siège à gauche d'ordinaire, en un point quelconque de la coupole dans les hernies diaphragmatiques traumatiques, au niveau de l'orifice œsophagien ou aortique dans les hernies diaphragmatiques congénitales.

Le sac herniaire. — Le plus souvent il fait défaut.

Hernie sans sac. — C'est le cas de toutes les hernies traumatiques et des hernies congénitales embryonnaires.

Par conséquent, ce ne sont pas à proprement parler des hernies, mais des éviscérations intrathoraciques par une perforation du diaphragme.

Néanmoins on a cité des cas de hernies diaphragmatiques traumatiques avec sac (Robert, Wiart).

Hernie avec sac. — Le sac est alors constitué par le péritoine sous-diaphragmatique, parfois doublé de la plèvre.

C'est le cas des hernies congénitales fœtales. Ce sac est souvent épaissi, infiltré, vascularisé.

Le contenu herniaire. — Le contenu habituel des hernies diaphragmatiques simples est composé dans l'ordre de fréquence décroissante de :

L'estomac, le côlon, l'épiploon, la rate, le lobe gauche du foie; beaucoup plus rarement, duodénum, cæcum; pancréas, reins; jamais on n'y rencontre les organes pelviens.

Dans les observations rapportés ici, on a trouvé :

12 fois le côlon transverse,

8 fois l'épiploon,

7 fois l'estomac (dont une fois avec une rupture et une fois un volvulus),

2 fois le grêle,

1 fois la rate.

Le côlon semblerait donc présenter plus de

chances à l'étranglement que l'estomac, comme l'a constaté Vayhinger.

D'ailleurs ces organes sont souvent simultanément herniés et étranglés (en particulier le côlon transverse et l'estomac).

En outre, quand la hernie est ancienne, des adhérences ont pu souder les viscères entre eux, ou aux parois de la cavité, aux bords de l'orifice, ce qui rendra irréductible la hernie lors de l'intervention.

(Dans une observation de Lecène sur une hernie étranglée de l'estomac, toute une portion de la grosse tubérosité adhérait à la plèvre et ne put être réduite).

On peut aisément constater la trace de la striction sur les viscères au pourtour de l'anneau sous forme d'un collier noirâtre, parfois d'une eschare. L'estomac, le côlon hernié sont très distendus et de coloration rougeâtre ou violacée.

La muqueuse de l'estomac peut présenter des lésions hémorragiques allant d'un léger piqueté aux larges suffusions (ce qui explique les hématomèses et le melæna).

Ainsi, on rencontre sur les organes herniés les lésions anatomiques habituelles des étranglements herniaires (Boussi).

Le processus habituel est le volvulus ou la torsion pour la hernie de l'estomac, la torsion pour les hernies du côlon transverse, du grêle ou de l'épiploon.

Des escharres, des ramollissements par gangrène,

même des perforations sont possibles sur ces viscères qui baigneront alors dans le liquide gastrique ou le contenu intestinal.

(Plusieurs cas de perforation gastrique par volvulus ou torsion ont été cités par Payr, Moppert, Fisher, Daxenberger, etc... Iselin a relaté des cas de perforation du côlon transverse).

Une réaction pleurale est possible.

Outre le pyo-pneumothorax consécutif à une perforation viscérale, elle peut présenter deux modalités :

Ou bien le sac herniaire existe; il peut y avoir un épanchement pleural sus-jacent, séro-fibrineux d'habitude;

Ou bien il n'y a pas de sac, la hernie est traumatique, les organes étranglés peuvent baigner dans un liquide plus ou moins hémorragique.

Il paraît s'agir de pleurésie herniaire. Ces épanchements pleurétiques en rapport avec ces hernies rappellent bien les vaginalites herniaires (Sabrazès et Prade).

Organes voisins :

Thorax. — La cage thoracique est dilatée à sa base. Le poumon refoulé est atelectasié, parfois réduit à un moignon comme on le voit au cours d'un pneumothorax.

La pointe du cœur est déviée à droite.

Abdomen. — L'intestin peut être rétracté en aval, distendu en amont de l'obstacle.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous décrirons le cas fréquent de l'étranglement subit dans une hernie de l'adulte, en supposant inclus l'estomac ou le côlon.

Début. — Le premier symptôme, qui s'impose vraiment est la douleur, qui survient brutalement, en coup de poignard, extrême au point de pouvoir entraîner une syncope ; elle siège dans l'hypochondre gauche ou au creux épigastrique, parfois dans l'hypogastre. La douleur s'est déclanchée après un effort (pendant l'accouchement ; Legry) ou spontanément, au moins en apparence.

Etat. — Le malade a dû s'aliter ; rapidement son état va changer, d'un jour à l'autre, parfois en quelques heures seulement.

Il est inquiet, angoissé, son faciès est fatigué, les yeux sont excavés ; c'est presque le faciès péritonéal. Le pouls devient rapide, faible. Pas d'élévation de la température, ou au contraire il y a de l'hypothermie.

Peu ou pas d'urines.

La douleur, après avoir atteint son maximum d'emblée s'est apaisée, mais elle présente des exacerbations, et peut s'accompagner d'irradiations dans l'épaule gauche, en ceinture ou le long du phrénique.

Parfois il y a des coliques intestinales très pénibles.

Les vomissements sont la règle ; ils sont incoercibles, ils ont lieu dans toutes les positions. D'abord alimentaires ou bilieux, ils deviennent fécaloïdes.

On a insisté sur la fréquence des hématémèses rouges ou noirâtres, par lésions hémorragiques de l'estomac étranglé.

L'arrêt des matières et des gaz est possible mais souvent incomplet ; on peut même constater du melœna.

En même temps, le malade se plaint d'une soif très vive.

La dyspnée est souvent intense, faisant penser à un pneumothorax ; la respiration est du type costal supérieur.

Parfois le hoquet trahit la souffrance du diaphragme.

En général le ventre est souple, non douloureux à la palpation, excavé même.

« Les symptômes observés ne peuvent relever que d'un obstacle sur le tube digestif et pourtant l'abdomen interrogé reste muet » (Bérard et Dunet).

On peut cependant constater des contractions intestinales.

Mis à part le ballonnement terminal, on a pu avoir un ballonnement sus-ombilical et un bas abdomen non dilaté lorsque l'estomac dilaté était resté sous le diaphragme et que presque tout l'intestin étranglé était passé dans la plèvre (Ombredanne).

Comme il est de règle en somme la symptomatologie abdominale variera suivant que l'étranglement portera plus ou moins haut sur le tractus digestif.

A l'inverse, les signes thoraciques sont constants, marqués et variés :

L'inspection montre la base de la poitrine élargie, la pointe du cœur déviée à droite.

La percussion décèle à la base gauche une zone de sonorité exagérée mais irrégulièrement étalée (ou à l'opposé une matité complète de toute cette région, c'est rare).

A l'auscultation on découvre que le murmure vésiculaire est absent il y a parfois du clapotis ou de la succussion hippocratique.

On a donc fréquemment des signes qui éveillent l'idée d'un pneumothorax.

« En un mot, on a un faisceau de symptômes fonctionnels intestinaux, et un faisceau de symptômes physiques thoraciques » (G. Baudet).

Évolution. — Il est certain qu'on connaît des cas où tout le syndrome d'étranglement aigu s'est amendé puis dissipé (C'est le cas du premier épisode de l'observation VII). C'est l'exception et dans l'immense majorité des cas, l'évolution vers la mort est inexorable, en quelques jours en moyenne, parfois en huit à dix jours, ou en un jour ou moins.

La mort survient sous l'influence d'un des facteurs suivants, qui peuvent naturellement s'associer : la septico-stercorémie, le collapsus cardiaque, les complications pleuro-pulmonaires ou l'asphyxie.

Complications. — La réaction pleurale sus ou intra-herniaire est fréquente sous forme d'épanchement séro-fibrineux ou hémorragique. (Ce dernier peut être abondant : dans l'observation II la ponction a ramené 3 l. 1/2 de liquide sanglant).

Socquet et Lebrun (1907) ont cité un cas rappelé par Sabrazès et Prade, où une autopsie médico-légale après mort subite montra l'existence d'une hernie diaphragmatique étranglée comprenant du grêle et de l'épiploon, avec un abondant épanchement séro-hémorragique.

Une complication autrement grave peut venir hâter l'échéance fatale, c'est la perforation d'un organe étranglé après la chute d'une escharre ou d'une plaque de gangrène. Un pyo-pneumothorax putride pourra s'en suivre. Mais, le plus souvent, la mort survient à brève échéance par syncope.

G. Moppert a relaté deux observations de perforation gastrique au cours d'une hernie diaphragmatique étranglée. En voici le résumé succinct :

1^o Homme de 42 ans. Antérieurement deux crises douloureuses légères, après effort. Douleurs épigastriques après nouvel effort. Etat progressivement alarmant en deux jours. Intervention : on découvre le contenu herniaire composé de l'estomac entier inclus dans le thorax et qui est de coloration hémorragique diffuse, de la rate, d'un paquet épiploïque. Réduction. Suture diaphragmatique. Mort le jour même.

2^o Jeune fille de 17 ans.

Pas de passé gastrique. Toutefois douleurs épigastriques

un mois avant. Puis nouvelle crise douloureuse suraiguë.

Intervention le lendemain : issue de gaz et de liquide, à l'ouverture de l'abdomen, perte de substance sur l'estomac grande comme une paume.

Extériorisation. Drainage. Mort le même jour.

Nécropsie : hernie diaphragmatique fœtale avec sac très injecté.

On reconstitue l'histoire : l'estomac étranglé dans le sac s'est gangréné, puis perforé, l'étranglement a cessé par issue du contenu gastrique ; l'estomac vidé est alors retombé dans la cavité abdominale ; l'opération a eu lieu à cette phase de désincarcération.

L'observation IV citée plus loin est aussi démonstrative :

Hernie diaphragmatique congénitale étranglée de l'estomac par coudure avec rupture de la partie supérieure ; le contenu gastrique est trouvé répandu dans la plèvre.

Formes cliniques. — L'étranglement survient dans une hernie congénitale ou une hernie acquise sans symptômes antérieurs d'ordinaire, ou ceux-ci ont été si légers qu'on les a méconnus.

Il est alors le premier signe de la hernie (il en a été ainsi dans l'observation IV. C'est encore le cas de l'observation de Bérard et Gallois : Femme prise de dyspnée pendant un travail d'accouchement, morte un an après de hernie diaphragmatique étranglée).

Si l'étranglement se déclare dans une hernie trau-

matique (et nous avons vu que c'était le cas le plus fréquent) il s'écoule en général un temps relativement long entre la blessure initiale du diaphragme et cet accident. Mais assez nombreux sont les exemples où déjà la hernie diaphragmatique s'est manifestée par des signes qui consistent en douleurs provoquées ou accrues par les repas, en troubles digestifs surtout constitués par des vomissements variables avec la position, en troubles divers comme la dysphagie, la toux, la dyspnée, qui présenteront des exacerbations passagères. On a même parfois toute la symptomatologie d'une occlusion chronique. L'allure de l'étranglement peut être extrêmement rapide, et déterminer la mort en moins de 24 heures (comme dans l'observation IV), ou même en quelques instants, par syncope sans doute. Ce sera alors une découverte d'autopsie (l'intérêt médico-légal de cette question a été signalé par Courtois-Suffit et F. Bourgeois).

Au contraire, des accidents, moins aigus il est vrai, peuvent s'amender après quelques jours, pour reprendre à intervalles plus ou moins éloignés, c'est l'étranglement intermittent de Czernik (Cette forme clinique constitue la première partie de l'observation III avant l'épisode terminal).

De nombreux cas en ont été cités ces dernières années (Schwartz, Breitner, Schumacher, H. Slater et Mackenzie).

Le siège de l'origine herniaire est dans la règle à gauche ; cependant, on a signalé des hernies dia-

phragmatiques droites étranglées comme le relate l'observation suivante :

Un syndrome douloureux subit, abdominal et thoracique droit, accompagné d'un vomissement apparaît chez un noir de 30 ans. La mort survient à la 36^e heure par syncope. L'autopsie révèle une hernie de l'intestin grêle à travers le centre phrénique. Le poumon est rétracté vers le hile. Les anses intestinales nagent dans un abondant liquide pleural. La bascule du foie à gauche autour de son ligament suspenseur, a permis aux anses intestinales de traverser l'hémi-diaphragme droit. Un cal ancien de fracture de côtes siégeant sur la partie moyenne des 4^e, 5^e, et 6^e côtes, ne doit pas être sans rapport avec la production de cette hernie si rarement observée à droite et dont l'étranglement a été la première manifestation (Audibert, Toinon et Assado).

Enfin on a trouvé des lésions associées à l'étranglement en particulier l'ulcère rond dans les hernies de l'estomac, ce qui apporte une chance de plus de perforation.

DIAGNOSTIC

Il faut reconnaître que c'est un diagnostic très difficile ; en principe on ne pourra le faire que si le malade a pu affirmer l'existence d'une blessure antérieure thoraco-abdominale ou si, à défaut on a pu constater la présence d'une cicatrice dans la région intéressée.

Mais il faut penser à ce diagnostic, depuis que la guerre a multiplié les cas de hernie diaphragmatique.

On devra en première ligne s'attacher à établir le diagnostic d'occlusion intestinale en groupant son faisceau habituel de symptômes :

Une douleur abdominale aiguë survenue brusquement, accompagnée de vomissements, d'arrêt des matières et des gaz.

Un état général très rapidement atteint, un faciès anxieux, un pouls faible, pas d'hyperthermie.

Enfin un ventre sans réaction, ni douloureux à l'examen, ni contracté, ni ballonné. Mais si la douleur et les vomissements sont presque constants, on a vu que l'occlusion elle-même peut être incomplète, ce qui augmente les difficultés diagnostiques.

On écarte en général plus ou moins facilement

les différentes coliques, les péritonites aiguës (par perforation-appendicite) les pancréatites, les empoisonnements, en se basant surtout sur l'absence des signes abdominaux.

Il y a donc occlusion.

On en cherche alors la cause ; un examen rapide des orifices herniaires fait éliminer les autres étranglements.

Le toucher rectal confirme l'absence d'une tumeur rectale ou d'un obstacle pelvien.

Il peut s'agir d'un volvulus, d'une coudure ou une compression par bride ou tumeur, d'un autre étranglement interne, et le diagnostic est très hésitant : on est devant une occlusion de cause inconnue.

Un examen plus complet peut alors décèler tout un groupe de signes thoraciques :

Une dilatation de la base du thorax, une sonorité irrégulière de l'hémithorax (gauche d'ordinaire) et du silence, on penserait se trouver devant un pyo-pneumothorax ou un abcès sous-phrénique apyrétique, si on ne tenait compte du syndrome d'occlusion.

Le plus souvent le diagnostic de la hernie diaphragmatique étranglée ne se fera que pendant l'intervention, et encore on la méconnaîtra même parfois car l'incision abdominale habituelle ne permet guère un examen facile de la coupole diaphragmatique.

S'il s'agit justement d'un étranglement du côlon

transverse, on va faire un anus-artificiel sur le cæcum dilaté, et l'opération est immanquablement vouée à un échec complet (cas de l'observation II).

Mais si l'interrogatoire a fait connaître l'existence d'une blessure antérieure du diaphragme (et il faudra particulièrement y penser chez les adultes qui ont fait la guerre) ou si à défaut un examen minutieux des téguments montre l'existence d'une ou plusieurs cicatrices de l'étage thoraco-abdominal, le diagnostic va tout de suite s'aiguiller vers l'étranglement d'une hernie diaphragmatique, pour peu qu'on veuille y penser.

Par contre il devient presque aisé, si l'histoire de la maladie dénote l'existence d'une hernie diaphragmatique avec son cortège de symptômes abdominaux et thoraciques, parfois même avec des crises antérieures d'étranglement sub-aigu.

Mais la constatation de symptômes thoraciques rappelant un pneumothorax (ou pyopneumothorax) de sonorité irrégulière et avec un élargissement anormal de la base du thorax, et d'un syndrome d'occlusion intestinale alors que l'examen abdominal est négatif, en un mot « l'apparition brusque et simultanée de symptômes digestifs d'occlusion et d'un syndrome thoracique ressemblant à un pneumothorax » (Quénu) doivent faire penser à la possibilité d'une hernie diaphragmatique étranglée.

Nous ne citons que pour mémoire l'impossibilité d'un diagnostic différentiel avec l'étranglement

d'une éventration diaphragmatique qui est très exceptionnel.

Il est un moyen diagnostique critiquable, c'est la ponction exploratrice du thorax, qui peut ramener du liquide gastrique ou colique (chyme ou matière fécale) ou du liquide pleural (sérosité, pus, sang) ; elle peut fournir des renseignements différents suivant le niveau où elle est pratiquée (témoin l'observation de Legrain, Quénu et Richard, où une ponction ramena un liquide noirâtre stomacal du 8^e espace, et de la sérosité pleurale du 9^e).

C'est un moyen critiquable, parce que l'aiguille peut traverser la plèvre après un viscère creux et infecter celle-ci directement ou en créant une solution de continuité.

On a cité encore le cathétérisme de l'estomac comme autre élément diagnostique, il serait impossible si l'estomac est étranglé ; mais c'est parfois là un procédé difficilement praticable sur un sujet mal en point.

Enfin, l'examen radioscopique serait d'un intérêt capital. Il a été rarement fait en réalité (Gordon Bryan, Allende, Cipriani) ; c'est que d'habitude, il ne vient pas à l'idée de le pratiquer devant une occlusion. C'est déjà imposer une fatigue notable à un malade dont l'état est très précaire que de faire cet examen dans les conditions habituelles, *a fortiori* après ingestion de bouillie ou lavement ; et d'ailleurs il semble contre-indiqué de faire ingérer cette bouillie, à moins de la faire suivre d'un lavage d'estomac.

On ne peut que regretter cette impossibilité car cet examen donnerait des renseignements décisifs, en montrant aisément dans le thorax la présence de la poche à air gastrique, ou de bulles et de niveaux dus aux anses grêles ou du côlon transverse.

Une fois le diagnostic établi, il est quelquefois possible de supposer sur le tractus digestif le siège de l'étranglement : les hématomèses et le melæna sont en faveur d'une participation gastrique ; mieux encore un ballonnement du côlon ascendant ou du cæcum est en faveur d'un obstacle sur le transverse (observation II).

L'apport de ces précisions présente mieux qu'un intérêt théorique en aidant notablement l'action chirurgicale qui va suivre ; mais il est bien rare qu'on puisse en arriver là.

OBSERVATIONS

Nous donnons maintenant le compte rendu de quatre observations inédites et des onze observations suivantes que nous avons pu relever pour ces dernières années.

OBSERVATION I

(D^r Petit, observation personnelle et inédite, sept. 1921).

C'est un cas rare de hernie étranglée dans le péricarde.

M. G..., 30 ans.

Blessé en 1926. Orifice d'entrée thorax gauche (éclat d'obus).

Cinq semaines auparavant crise douloureuse violente pendant 24 heures avec coliques.

Dernière crise brusque à minuit le samedi 3 ; le lundi vers 4 heures : vomissements, arrêt des matières et des gaz, contractions intestinales. Pouls à 60. Température 37°. Râles bronchiques très forts des deux côtés avec grosse diminution du murmure vésiculaire à gauche. Le cœur n'est pas ausculté.

Intervention le 5 à 7 heures du soir.

Rachianesthésie. Incision sous-ombilicale. Cæcum dilaté ; le côlon descendant est plat. On sent un orifice diaphragmatique. Ether. Fermeture de l'incision aux bronzes. Inci-

sion sus-ombilicale puis transversale (9^e espace). Constantini avec suture diaphragmatique. On voit l'orifice mais pas suffisamment. Section du cartilage au niveau. On le rabat en dedans ; jour parfait, on incise le diaphragme vers le trou. On constate qu'il n'est pas pleural. Débridement par l'orifice vers la gauche. On sort facilement une anse du transverse, 10 cm., pas stricturée, puis de l'épiploon sphacélé. Une frange épiploïque est adhérente au péricarde. On la sectionne et on l'abandonne. Suture du diaphragme en deux plans. Fermeture.

Suites opératoires : Agitation, délire. Mort le 7 au soir.

OBSERVATION II

(D^r Petit, observation personnelle).

Hernie diaphragmatique et épanchement pleural hémorragique.

Un homme de 32 ans entre dernièrement dans le service du D^r Cerné avec des signes d'occlusion intestinale aiguë. Je le vois aussitôt après son entrée. L'occlusion date de 6 jours.

Début brusque par une violente douleur dans l'hypogastre gauche ; depuis arrêt complet des matières et des gaz ; vomissements alimentaires puis fécaloïdes ; hoquet incessant. Facies péritonéal, état général très mauvais. Pouls petit, à 130. Ventre très ballonné avec cæcum et côlon ascendant très météorisés et très nettement délimitables.

Le diagnostic d'occlusion s'impose. Le diagnostic de siège est même facile : l'obstacle paraît être au niveau de l'angle splénique.

Quant à la cause, je ne sais que penser, car son médecin me dit qu'il avait constaté un épanchement pleural gauche et il ajoutait que la ponction avait ramené trois litres et demi de liquide hémorragique.

Interrogé, le malade nie toute blessure de guerre ou professionnelle. Je pense à une occlusion d'origine néoplasique avec métastase pulmonaire. Son état ne permettant qu'une intervention minima, je fais sous rachianesthésie un anus cæcal qui me permet de confirmer le diagnostic du siège sans m'apporter plus de précision sur la nature de l'obstacle.

Malgré une évacuation abondante, l'état grave persiste, le hoquet ne cède pas et deux jours après, le malade s'éteint ayant conservé le facies péritonéal qu'il présentait au moment de son entrée.

A l'autopsie nous constatons une hernie diaphragmatique du côlon transverse dont 25 cm environ sont logés dans la cavité pleurale. L'anse est complètement gangrénée. L'orifice diaphragmatique qui siège en avant de la foliole périphérique gauche est de la dimension d'une pièce de 1 fr Il est dur, fibreux, organisé certainement depuis longtemps. Pas de sac herniaire : l'anse intestinale est directement dans la cavité pleurale contenant encore une grande quantité de liquide hémorragique et dont la séreuse a fortement réagi.

Somme toute, nous sommes en présence d'une hernie diaphragmatique du côlon transverse étranglée d'emblée, et dont la cause nous fut donnée par la famille : coup de couteau à la partie inférieure de la région précordiale, que le malade s'était donné lui-même six mois auparavant.

L'intérêt de cette observation, c'est d'abord l'erreur du

diagnostic (qui explique l'insuccès de l'intervention).

Le second point intéressant est qu'il s'agit ici de hernie diaphragmatique étranglée d'emblée, ce qui est rare.

Presque toujours on est en présence de signes d'occlusion chronique et c'est le radiographe qui fait le diagnostic. Ces cas d'étranglement aigus sont le plus souvent concomitants au traumatisme qui a créé la plaie diaphragmatique, et lorsque la blessure remonte à une date éloignée, la hernie s'est installée progressivement et a permis un traitement chirurgical dans de bonnes conditions.

Le troisième point à noter est la présence et l'abondance d'un épanchement pleural hémorragique. Il n'y avait pas de sac, ce qui est la règle.

La cavité pleurale n'était qu'un gigantesque sac herniaire qui a réagi par lui-même très fortement et l'épanchement évacué par ponction fait penser au liquide hémorragique de l'étranglement herniaire banal.

OBSERVATION III

(D^r Née, observation personnelle et inédite, mars 1924).

X..., âgé de 47 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 31 janvier 1924 pour des vomissements incoercibles. Il est dans un état très grave, sans pouls, très dyspnéique et ne peut répondre à aucun interrogatoire.

Il meurt trois jours après.

Ce n'est que rétrospectivement, par sa famille, que nous avons pu avoir les renseignements qui éclairent toute son histoire.

Il fut blessé en 1915 par une grenade dont les éclats pénétrèrent dans diverses régions du côté gauche du corps. Il fit un séjour de six mois à l'Hôpital et fut réformé. Depuis lors, il ne cessa de souffrir de l'estomac et de s'amaigrir. Plus de vingt fois, nous dit sa femme, il fut pris de violentes douleurs dans l'hypochondre gauche qui s'accompagnaient de vomissements, d'arrêt des gaz et des matières et d'anurie.

La crise durait quelques jours et tout se remettait, les fonctions digestives reprenaient.

Le mercredi 23 janvier dernier, il est pris d'une douleur violente, en coup de poignard, au niveau du creux épigastrique. Il vomit tout ce qu'il prend et le vomissement survient dès qu'il absorbe un liquide quelconque, aussi bien dans la position debout que dans le décubitus latéral ou dorsal. Il n'a ni selles, ni gaz, ni urines.

C'est dans ces conditions qu'il est transporté, huit jours après, dans mon service. Le facies est très amaigri, les yeux sont excavés et angoissés.

La température est au-dessous de la normale, à 35°5 et le pouls imperceptible. Le ventre est excavé en bateau, sonore dans toutes ses parties, non douloureux et souple. Anurie complète et absence de matières et de gaz. Les vomissements sont constants : c'est un liquide brunâtre, sans odeur.

Dans la moitié inférieure du poumon gauche, on constate une zone de matité à convexité supérieure qui remonte jusqu'à la cinquième côte et que l'on perçoit en avant dans les sixième et septième espaces intercostaux. Le cœur paraît un peu refoulé à droite.

A l'auscultation, on constate, dans la zone de matité, l'abolition complète de murmure vésiculaire.

Malheureusement, une exploration radiologique était totalement impossible. Une intervention chirurgicale ne pouvait non plus être tentée.

L'autopsie nous met en présence d'une hernie transdiaphragmatique de l'estomac et du côlon transverse. L'orifice siège en plein muscle, en avant et à gauche du péricarde, il est à peu près de la grandeur d'une pièce de cinq francs. Par cet orifice, ont passé de l'épiploon, presque tout l'estomac et la moitié gauche du côlon transverse. Il ne reste dans l'abdomen que le cardia et une très petite portion de l'estomac. Toute la grande courbure est dans la plèvre.

L'estomac a subi une sorte de torsion et s'est étranglé. Le pylore est à l'entrée de la brèche diaphragmatique. L'estomac, ainsi étranglé et adhérent à tout le pourtour de cette brèche, a continué de sécréter et s'est considérablement distendu pour former dans la plèvre une poche liquide d'environ 15 centimètres de diamètre.

L'épiploon est à droite de cette poche qui adhère par une bride à la base du poumon. Le côlon transverse est accolé à la convexité gauche de l'estomac.

La rate est attirée contre le diaphragme. A son niveau, on trouve une petite masse épiploïque adhérente à la face inférieure du diaphragme et en regard, sur la face supérieure, on trouve une autre masse épiploïque, pédiculisée et adhérente, qui flotte dans la plèvre comme un polype.

Par conséquent, le diaphragme a subi deux perforations : l'une par où est passée la hernie, l'autre sus-splénique a été comblée par l'épiploon.

Ajoutons que nous avons constaté pour cette hernie diaphragmatique, une absence complète de sac et qu'une exploration minutieuse du cadavre nous a permis de ne trouver aucune trace de fracture de côtes ni de projectile ; cependant, nous avons retrouvé sur la peau du côté gauche du thorax, du tronc et du bras gauche, des cicatrices qui sont les séquelles des blessures.

Notre malade présentait tous les signes d'une hernie de l'estomac caractérisée par une assez longue période de latence des troubles digestifs graves et par des crises douloureuses qui constituaient ce que Czernick a appelé l'étranglement intermittent.

Il est regrettable que le diagnostic n'ait pas été fait plus tôt : un simple examen aux Rayons X aurait confirmé le diagnostic et permis de pratiquer l'intervention chirurgicale qui a donné des succès à de nombreux chirurgiens.

OBSERVATION IV

(D^r Cauchois, observation personnelle et inédite)

C'est une autre observation peu fréquente de hernie étranglée congénitale de l'estomac suivie de perforation :

Enfant de 12 ans sans antécédents morbides, ni personnels, ni familiaux. Pris une après midi d'avril 1926, en jouant sans effort, d'une violente douleur dans le côté gauche, douleur telle qu'il déclare avoir cru en mourir. Il a un petit vomissement. Examiné dans la soirée, il ne paraît nullement en état grave et répond très tranquillement. Aucun point douloureux précis. L'abdomen est souple. Pas de tem-

pérature. Aucun signe permettant de poser un diagnostic quelconque ni d'appendicite ni d'obstruction, ni d'étranglement interne. Revu le lendemain matin, l'enfant ne présente rien de net. L'attention est attirée du fait de la douleur plutôt du côté de la rate que l'on croit augmentée de volume mais en tous cas sans lésion grave. On se perd en conjectures. L'enfant n'est pas plus mal. Un peu abattu il parle écoute la lecture et ne se plaint guère. L'état n'inspire aucune inquiétude. On persiste dans l'observation et l'abstention. Au milieu de la journée, subitement sans effort et dans son lit, le malade est pris d'une douleur très violente avec état syncopal subitement grave : face très pâle, nez pincé, yeux creux. Une demi-heure après, mort en pleine connaissance.

Autopsie : hernie diaphragmatique gauche laissant passer par une fente longue d'environ 7 cm. une partie importante environ les $\frac{3}{4}$ de l'estomac fortement coudé, devenu ainsi biloculaire. L'estomac noir et sphacélé est ouvert dans sa partie sus-diaphragmatique et son contenu alimentaire est répandu dans la plèvre.

En résumé : hernie diaphragmatique de la partie haute de l'estomac sans doute congénitale. Etranglement subit sans cause connue. Puis mort rapide par éclatement de l'estomac réalisant un pneumothorax spontané avec corps étrangers (alimentaires) de la plèvre. Le fait remarquable est la période latente ou de méditation qui a précédé la phase terminale pendant 20 heures environ, et le complet silence symptomatique de cette période où il a été impossible de faire aucun diagnostic.

C'est une pure trouvaille d'autopsie.

Il faut remarquer aussi la parfaite tolérance de la hernie pendant des années avant le premier et final incident.

OBSERVATION V

(Allende)

Homme de 64 ans; 30 ans avant, blessure par coup de baïonnette dans la poitrine. Après effort, douleurs vomissements ballonnement. Etat général inquiétant. Radioscopie : opacité diffuse de la base gauche et collection abdominale.

Laparotomie : Côlon dilaté engagé dans orifice diaphragmatique ; thoracotomie : masse épiploïque, côlon gauche herniés et étranglés. Réduction ; fermeture. Mort en 3 heures.

C'est un cas de hernie de force dans l'orifice cicatriciel de l'ancienne blessure.

OBSERVATION VI

(Waxmann)

Séquelle tardive d'une plaie de guerre de la poitrine. Plaie thoracique par balle deux ans avant. Hernie étranglée de l'angle splénique du côlon. Mort.

OBSERVATION VII

(B. Holroyd Slater et C. Mackenzie (Bradford))

Un cas mortel d'occlusion intestinale aiguë résultant d'une hernie diaphragmatique traumatique.

Blessé en 1917 au thorax.

En juin 1921 occlusion aiguë. Laparotomie : cæcum et gros intestin dilatés. Côlon descendant aplati. On draine simplement le cæcum à cause de l'état du malade. Guérison. En avril 1922 accidents aigus rappelant une intoxication. Mort en quelques jours.

Autopsie : Hernie de l'extrémité cardiaque de l'estomac et du côlon transverse.

C'est un cas curieux où lors d'une première crise d'étranglement un anus coecal a permis la guérison alors que le côlon transverse était vraisemblablement étranglé.

OBSERVATION VIII

(Makkas)

Homme de 27 ans. Plaie de l'hypochondre gauche, trois ans auparavant par coup de couteau.

Occlusion aiguë. Intervention. Volvulus de l'estomac hernié. Mort.

OBSERVATION IX

(A. Cipriani)

Homme blessé 5 ans auparavant par projectile. Occlusion aiguë. Radiographie. Hernie du côlon transverse et de l'épiploon. Mort.

OBSERVATION X

(A. Cipriani)

Ancien blessé de guerre. Occlusion aiguë. Etranglement de l'estomac, du côlon transverse et de l'épiploon. Mort.

OBSERVATION XI

(M. de Vernéjoul)

Hernie diaphragmatique étranglée du côlon.

Pas de traumatisme antérieur. Le contenu herniaire est constitué par la moitié gauche du côlon transverse.

On ferme la brèche diaphragmatique. Guérison.

OBSERVATION XII

(Koopmann)

Un cas de hernie diaphragmatique acquise.

Lieutenant, 31 ans blessé pendant la guerre (deux blessures de l'abdomen. Mort rapide au cours d'une crise douloureuse. Nécropsie. Etranglement du jéjunum, de l'épiploon d'une grande partie du côlon transverse et du côlon descendant.

A noter ici la présence dans la hernie du jéjunum et du côlon descendant, ce qui est exceptionnel.

OBSERVATION XIII

(V. Antonin).

Un cas de hernie diaphragmatique congénitale étranglée.

L'auteur ne nomme pas les organes étranglés. Opération. Mort.

OBSERVATION XIV

(M. A.-G. Weiss).

Etranglement aigu du côlon transverse dans une hernie diaphragmatique.

Femme de 30 ans, opérée antérieurement pour empyème et deux abcès appendiculaires. Intervention par voie-abdominale. Hernie étranglée du côlon transverse qu'on réduit. Suture diaphragmatique. Guérison.

On peut noter ici l'existence dans les antécédents d'un empyème (ce qui a été cité par Kœhler (1917) comme cause possible d'une hernie diaphragmatique acquise).

TRAITEMENT

La seule thérapeutique est l'intervention d'urgence; si on ignore la cause de l'occlusion on pratique une laparotomie exploratrice qui peut ne rien déceler. « On ne devra pas oublier que dans les laparotomies pour occlusion, ou malgré des recherches méthodiques « on ne trouve rien » il est de toute nécessité de ne pas refermer le ventre avant d'avoir exploré le plus complètement possible la face inférieure du diaphragme » (F. Lejars). Si le diagnostic est établi, on commence encore par une laparotomie médiane qui permet le cas échéant d'établir ou de vérifier le diagnostic du siège et de la nature de l'étranglement ; s'il était possible on tâcherait de se contenter de cette voie d'accès pour réduire l'étranglement et suturer la brèche diaphragmatique.

C'est souvent impossible et il faut pratiquer une phréno-thoracotomie supplémentaire suivant la technique d'A. Schwartz exposée par Quénu.

Une fois débridé le collet de l'orifice herniaire après section du diaphragme, on libère les organes herniés et on vérifie leur état, en particulier au niveau des sillons d'étranglement ; au besoin on pratique les décollements, les enfouissements ou résections nécessaires.

(Bonniot et Maury ont proposé de se contenter d'extérioriser les viscères herniés après levée de l'étranglement).

Après réduction du contenu herniaire, on passe alors à la suture de l'orifice diaphragmatique qu'il faut pratiquer très soigneusement ; c'est un point capital : Quénu a cité 9 cas d'étranglement où la hernie reconnue fut réduite sans suture du diaphragme avec 8 morts et une guérison ; 15 cas où la hernie fut réduite et le diaphragme suturé avec 6 morts et 9 guérisons.

Il n'en reste pas moins que c'est là une affection très grave : sur 52 cas réunis par Quénu, il compte 38 morts, soit une mortalité de 70 %.

« Il est d'ailleurs facile d'en comprendre la raison quand on sait :

1° Que ces hernies peuvent contenir l'estomac, le côlon et des anses grêles ;

2° Que le diagnostic est souvent hésitant au début et que la plupart des opérations ont été faites assez tardivement ;

3° Que les voies d'accès sur ces hernies diaphragmatiques sont forcément indirectes et toujours traumatisantes et que le traitement des lésions viscérales rencontrées peut être très difficile » (P. Lecène).

Ainsi dans les quatre observations citées, une fois l'allure suraigüe de l'étranglement a écarté toute chance d'intervention (observation IV).

Les trois autres fois l'état trop précaire des malades ôtait presque toute utilité à l'intervention,

même pratiquée en connaissance de cause (observation I).

En résumé, le pronostic sera toujours très réservé. Il est fonction essentiellement de la précocité sinon du diagnostic, du moins d'une intervention efficace.

CONCLUSIONS

I. — L'étranglement herniaire aigu trans-diaphragmatique est une affection rare mais c'est une complication fréquente de toute hernie du diaphragme.

II. — Il faudra y penser chez un homme en occlusion, alors que l'abdomen ne révèle rien et que l'examen thoracique éveille l'idée d'un pneumothorax.

Il faut y penser plus encore devant une occlusion de cause inconnue, si l'interrogatoire a révélé l'existence d'une blessure antérieure du thorax ou de l'abdomen, ou si on en a constaté la cicatrice.

III. — Même sans diagnostic l'intervention d'urgence s'impose comme dans toute occlusion. Après laparotomie, si on ne trouve pas de cause à cette occlusion il ne faut pas oublier d'explorer la face inférieure du diaphragme.

IV. — Quand la hernie diaphragmatique aura été reconnue, il y aura le plus souvent intérêt à pratiquer une thoraco-phrénotomie supplémentaire.

Après la réduction, il faudra toujours suturer la brèche diaphragmatique.

V. — C'est une complication excessivement grave ; la seule chance de salut repose sur une intervention suffisamment précoce.

Vu : le Président de la thèse,
LEJARS.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Allende.* — La Prensa Medica Argentina, 1921, t. VIII, n° 2.
- Antonin.* — Casopis lekaru ceskych, an LXV, n° 17, avril 1926.
- Audibert, Toinon et Assado.* — Comité médical des Bouches-du-Rhône (Presse Médicale, 1^{er} août 1928).
- Bryan (G.).* — Des plaies du diaphragme et en particulier des blessures abdomino-thoraciques (British Journal of Surgery, 1921, t. IX).
- Baudet (G.).* — Les hernies diaphragmatiques (Gazette des Hôpitaux, 15 sept. 1928).
- Bonniot et Maury.* — Lyon Chirurgical, t. XXII, n° 4, juillet-août 1925.
- Breitner.* — Archiv. für Klinische chirurgie, 1921, t. CXVII.
- Cipriani (A.).* — Revista sanitaria siciliana, an XII, n° 16.
- Courtois-Suffit et Bourgeois.* — Les H. D. traumatiques. Etude médico-légale. Journal de Chirurgie, 1926.
- Koopmann.* — Munchner medizinische Wochenschrift, t. LXXII, n° 28.
- Lecène (P.).* — Deux observations de hernies transdiaphragmatiques post-traumatiques de l'estomac (Journal de Chirurgie, t. XIV, n° 3).
- Thérapeutique chirurgicale, t. 3.
- Lejars (F.).* — Chirurgie d'urgence, t. 2.
- Legrain, Quenu et Richard.* — (Paris Médical, VI, n° 7).
- Makkas.* — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, t. CLXXXVII, n° 34.
- Moppert (G.).* — La perforation de l'estomac par gangrène.

Complication de la hernie diaphragmatique (Journal de chirurgie, 1922, t. 20).

Née (L.). — Normandie médicale, 1924, t. 35, p. 93.

Petit (J.). — Normandie médicale, 1^{er} mars 1921.

Prat (L.). — Hernies diaphragmatiques. Journal de Chirurgie, t. XVI, n^o 1.

Quenu (J.). — Les hernies diaphragmatiques. Etude Clinique et opératoire. Thèse Paris, 1920.

Sabrazes (J.) et *Prade (V.)*. — Des hernies diaphragmatiques et des pleurésies herniaires, G. Doin, 1925.

Sabrazès et *Prade*. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, n^o 24, t. XLVI.

Schumacher. — Archiv. für Klinische Chirurgie, t. CXXIX, fasc. IV.

Schwartz (A.). — Traitement de la hernie diaphragmatique. Paris-Médical, 30 août 1919.

— Presse médicale, 28 mars 1928.

Socquet et *Lebrun*. — Revue médico-légale, n^o 6, juin 1907.

Slater (B. H.) et *Mackenzie*. — The Lancet, vol. CCIV, n^o 5, 193.

Vayhinger. — Beitrage zur Klin. Chirurgie, 1906.

Vernejoul (M. de). — Société chirurgicale de Marseille (Presse médicale, 14 janvier 1925).

Waxmann (H. E.). — The Journal of the American Medical association, 1922, t. 89.

Weiss (M. A. G.). — Société médicale du Bas-Rhin (Presse Médicale, 28 juillet 1926).

Weiss (Ch.) (Nancy). — Quelques considérations sur les hernies diaphragmatiques (Journal de Chirurgie, 1926).

